

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIO MARTINS

**O TEMPO DE AFASTAMENTO LABORAL NA CORREÇÃO CIRÚRGICA
CONVENCIONAL DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA PRIMÁRIA DOS
MEMBROS INFERIORES**

CURITIBA

2016

MARIO MARTINS

**O TEMPO DE AFASTAMENTO LABORAL NA CORREÇÃO CIRURGICA
CONVENCIONAL DA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA PRIMÁRIA DOS
MEMBROS INFERIORES**

Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação em Medicina do Trabalho apresentado ao Departamento de Saúde Comunitária, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Edevar Daniel

CURITIBA
2016

AGRADECIMENTOS

Aos membros da Pós-Graduação em Medicina do Trabalho do Departamento de Saúde Comunitária do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade a mim concedida de realizar este Curso.

Ao meu Orientador, Prof Dr Edevar Daniel, pela disponibilidade, incentivo e correções no trabalho.

À Secretária da Pós-Graduação (Sra Kátia), pela amizade, competência, disponibilidade e carinho com todos os alunos.

Aos meus colegas de Curso, pela amizade, pelo incentivo e pelas novas idéias.

Ao Trabalhador, razão maior deste estudo.

RESUMO

Introdução: Insuficiência venosa crônica é doença comum em seres humanos, por razões multifatoriais. Apresenta sintomas de dor, edema e alterações tróficas em membros inferiores, causando grandes perdas de dias trabalhados e altos custos com tratamentos. **Método:** Este trabalho tem por objetivos analisar o tempo de afastamento laboral dos pacientes operados dos níveis 4,5 e 6 da Classificação CEAP (que separa os pacientes em grupos de acordo com a Clínica, Etiologia, Anatomia e Patofisiologia) cujo tratamento corretivo visa ganho funcional, e a postura da perícia médica frente à essa conduta. Foram tratados 30 (trinta) pacientes por operação convencional, com critérios de inclusão e exclusão bem definidos. **Resultados:** A faixa etária do grupo era de 20 e 50 anos, sendo 18 mulheres (60%) e 12 homens (40%). Dentre os pacientes, 22 (73,3%) eram da Classe C4, quatro (13,3%) eram da Classe C5 e os outros quatro (13,3%) eram da Classe C6 daquela classificação. Entre as mulheres, seis eram portadoras de hipertensão arterial sistêmica leve (33,3%) e nove (50%) faziam uso de contraceptivos hormonais. Sobrepeso com índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 foi observado em quatro pacientes (22,2%). Entre os homens, três eram portadores de hipertensão arterial sistêmica (25%), e o índice de massa corpórea estava acima de 30 em dois pacientes (16,6%). A todos os pacientes foi fornecido atestado de 15 (quinze) dias de afastamento pós-operatório, com posterior avaliação pericial. Os peritos mantiveram 15 (quinze) dias de afastamento para dezenove pacientes (63,3%), concordando com nossa orientação. Dos onze pacientes restantes (46,7%), oito pacientes receberam mais 30 dias de afastamento (totalizando quarenta e cinco dias - 26%), e três pacientes receberam mais 45 dias (totalizando sessenta dias de afastamento - 10%). Após quinze dias todos os pacientes estavam aptos para suas atividades habituais e nenhum foi excluído do estudo. Os peritos não informaram suas razões. **Conclusões:** Neste estudo, o tempo de afastamento pós-operatório de quinze dias é seguro para desenvolvimento das atividades habituais, incluindo o trabalho, nos pacientes operados por insuficiência venosa crônica. Em 46,7% dos pacientes os peritos ampliaram esse tempo, por possível congestionamento na agenda de perícias e pelo número restrito de especialistas.

Palavras-chave: Insuficiência venosa crônica. Afastamento do trabalho.

SUMMARY

Introduction: Chronic venous insufficiency (CVI) is a common disease in human beings, caused by multiple factors. Its symptoms are pain, swelling and trophic skin changes in the lower limbs, and it can result in great loss of working days and high costs with its treatment.

Objective: The objectives of the present study is to analyze layoff time of patients who underwent surgical treatment of CVI, comparing the layoff time requested by the attending surgeon with the actual layoff time granted by the Social Security Medical Examiners (SSMEx).

Methods: Criteria of inclusion were patients with CVI with grade C4 to C6 in the CEAP Classification (which classifies patients with CVI according to Clinical Presentation, Etiology, Anatomy and Pathophysiology), who underwent surgical treatment of varicose veins for the relief of severe symptoms that compromised working capacity. For all patients, a two-week layoff time was requested by the attending surgeon, but the actual layoff time was decided by a SSMEx and recorded in the patient's chart.

Results: 30 (thirty) patients underwent surgical treatment of varicose veins, by conventional stripping and phlebectomy. There were 18 women (60%) and 12 men (40%), with the mean age of 38,2 years, ranging from 20 to 50 years. As to the CEAP classification, 22 (73.3%) were in C4 class, four (13.3%) were in C5 Class e four (13.3%) were in C6 class. Among the women, six (33.3%) had arterial hypertension, nine (50%) were taking oral contraceptives and four (22.2%) were obese (BMI > 30). Among the men, three (25%) had arterial hypertension, and two (16.6%) were obese. All patients came for the two-week postoperative visit and were found to be able to resume work. The SSMEx granted a two-week layoff time to 19 patients (63.3%) in agreement with the surgeon's request. Out of the other 11 patients (46.7%), eight were granted a further 30-day layoff time (resulting in a total layoff time of 45 days) and three were granted a further layoff time of 45 days (total layoff time of 60 days). No reason was given by the SSMEx for such long layoff times.

Conclusions: A two-week postoperative layoff time is safe in patients with C4 to C6 class of the CEAP classification who underwent surgical treatment. However, in the present study, 46.7% of the patients were laidoff for much longer times, probably due to lack of knowledge about CVI by the SSMEx.

Key words: Chronic venous insufficiency; Layoff time after venous surgery.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS.....	9
3. REVISÃO DA LITERATURA	10
4. PACIENTES E MÉTODO.....	17
4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	17
4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	17
4.3 MÉTODO.....	18
5. RESULTADOS.....	20
6. DISCUSSÃO	22
7. CONCLUSÕES.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

A prevalência da insuficiência venosa crônica (IVC) dos membros inferiores (MMII) na população em geral aumenta com a idade, sendo maior entre as mulheres. Na Europa, 5% a 15% dos adultos entre 30 a 70 anos de idade apresentam a doença e 1% desenvolve úlcera varicosa. Nos Estados Unidos, em torno de sete milhões de pessoas têm IVC grave, que é a causa de 70% a 90% de todas as úlceras dos MMII. No Brasil, Maffei realizou estudo epidemiológico de alterações venosas de membros inferiores na população de Botucatu, SP, e estimou uma prevalência de varizes em mais de um terço dos pacientes, com formas graves de IVC com úlcera aberta ou cicatriz em 1,5% (MAFFEI, et al., 2015).

Na grande maioria das vezes são pacientes jovens, na fase de maior produtividade profissional, que perdem muitos dias úteis de trabalho devido não só à doença, mas por suas complicações e tentativas frustradas de tratamento.

A doença de caráter crônico e até invalidante é responsável por grandes períodos de afastamento do trabalho, e conseqüentemente, grandes perdas econômicas tanto para o empregado, para o empregador e também para os sistemas de saúde.

Manifesta-se por uma gama de sinais e sintomas, variando desde o aparecimento de pequenas varizes até a presença de úlceras venosas de difícil controle. No entanto, existem sinais intermediários que incluem edema, eczema venoso, hiperpigmentação da pele (dermatite ocre) no terço distal e face medial da perna, atrofia branca (tecido cicatricial branco), e lipodermatosclerose causada por inflamação crônica e fibrose na gordura do tecido celular subcutâneo da região.

É responsável por grande procura aos consultórios e ambulatórios, inclusive de empresas, tendo como agravantes a obesidade, o sedentarismo, a multiparidade, o uso de hormônios destinados à contracepção ou para reposição, e também a *postura durante o ato de trabalhar – sentado ou em pé*.

Há muitas décadas o melhor tratamento para esta afecção é a correção cirúrgica na maioria dos pacientes; porém, a grande discussão ainda persiste: *Quanto tempo de afastamento laboral pós-operatório deve ser destinado à recuperação?* Esta pergunta não encontra resposta imediata.

A safenectomia parcial, a operação guiada por mapeamento Doppler pré-operatório e a dispensa da elastocompressão sistemática no pós-operatório parecem ser fatores importantes nesse contexto, acrescidas pela mobilidade precoce amparada na tromboprofilaxia.

Vemos portanto, que múltiplos fatores corroboram para um tratamento efetivo da doença com tempo de afastamento laboral reduzido, gerando economia de custos.

Porém, as dúvidas persistem, e o tempo de afastamento pós-operatório fica a critério de cada profissional assistente, com base no seu conhecimento técnico e experiência. Ou, às vezes, na análise pericial, que pode ser discordante.

2. OBJETIVOS

1. Avaliar o tempo de afastamento laboral pós-operatório fornecido pelo médico assistente no tratamento cirúrgico convencional e eletivo da insuficiência venosa crônica primária dos membros inferiores.
2. Avaliar a atitude da perícia médica frente a essa conduta.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A insuficiência venosa crônica (IVC) é uma das doenças mais comuns que afetam a população adulta em geral. Possui causa multifatorial, sendo definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso, causada por uma incompetência valvular, associada à obstrução ou ao refluxo venoso crônico (FRANÇA, et al., 2003).

A prevalência da IVC dos MMII na população em geral aumenta com a idade, sendo maior entre as mulheres. Na Europa 5% a 15% dos adultos entre 30 a 70 anos de idade apresentam essa doença, e ao final 1% desenvolve úlcera varicosa. Nos Estados Unidos, em torno de sete milhões de pessoas têm IVC grave, que é a causa de 70% a 90% de todas as úlceras dos MMII. No Brasil, Maffei realizou estudo epidemiológico de alterações venosas de membros inferiores da população de Botucatu, SP, e estimou uma prevalência de varizes de 35,5% e de formas graves de IVC com úlcera aberta ou cicatriz de úlcera de 1,5% (MAFFEI, et al., 2015). Já quanto às gestantes, a prevalência, incluindo todos os tipos de varizes é de 72,7% (BARROS JR, et al., 2010).

A IVC dos MMII se manifesta por um amplo espectro de sinais e sintomas, evoluindo desde telangiectasias, varizes com edema, eczema varicoso, hiperpigmentação da pele (dermatite ocre) no terço distal da perna geralmente na face medial, atrofia branca (tecido cicatricial branco), lipodermatosclerose (endurecimento causado por fibrose na gordura do tecido celular subcutâneo), chegando finalmente na úlcera venosa ou flebopática (BRITO, et al., 2014).

Atualmente, tendemos a considerar as varizes não só como uma doença, mas como uma manifestação clínica que inclui diferentes afecções. Varizes primárias ou essenciais são as que têm origem nas alterações da parede venosa do sistema venoso superficial dos MMII, com enfraquecimento e dilatação progressiva. Já as varizes secundárias são aquelas que apresentam uma causa identificável e ocorrem como consequência de um aumento de pressão sanguínea venosa gerada pela presença de refluxos e/ou de obstrução (trombose venosa prévia) ou de anomalias anatômicas no sistema venoso profundo com ou sem envolvimento do sistema arterial (como nas angiodisplasias), causando dilatações nas veias

superficiais. Podem ser congênitas, pós-trombóticas ou pós-traumáticas (ALLEGRA, et al., 2007; MAFFEI, et al., 2015).

Buscando-se uniformizar as informações sobre a doença, foi criada em 1995 (e revisada em 2004) a *Classificação CEAP*, levando-se em conta critérios **Clinicos**, **Etiológicos**, **Anatomicos** e **Patofisiológicos** (EKLOF, et al., 2004).

Tem sido utilizada mundialmente visando-se globalizar a comunicação entre os pesquisadores, criando uma linguagem científica única sobre o assunto (RABE, et al., 2012; BRITO, et al., 2014). Nela, os pacientes são separados em classes, do seguinte modo:

-C0 - sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa.

-C1- telangiectasias ou veias reticulares.

-C2 - veias varicosas.

-C3 - edema.

-C4 - alterações na pele e tecido subcutâneo. Agora, subdividida em duas subclasses para torná-la mais dinâmica e de mais fácil emprego, definindo melhor a gravidade da doença venosa:

C4a - pigmentação ou eczema, C4b - lipodermatoesclerose e/ou atrofia branca.

-C5 - úlcera venosa cicatrizada.

-C6 - úlcera venosa ativa.

Cada classe clínica é ainda caracterizada por um subscrito a presença de sintomas (S), sintomáticos ou ausência dos sintomas (A), assintomáticos. Os sintomas incluem dor, sensação de inchaço, irritação da pele, sensação de peso, câibras musculares, e outras queixas atribuíveis.

O termo "doença venosa crônica" inclui todo o espectro de anormalidades morfológicas e funcionais do sistema venoso. Porém, o termo "*insuficiência venosa crônica*", implica uma anormalidade funcional do sistema venoso, e é geralmente reservado para a doença de maior gravidade, incluindo alterações na pele, e/ou úlceras venosas (Classes C4, C5 e C6, respectivamente) (EKLOF, et al., 2004).

A diversidade de sinais e sintomas associados com a IVC parece estar relacionada com a hipertensão venosa avaliada a nível ambulatorial. Na maioria dos casos, esta hipertensão é causada pelo refluxo através de válvulas incompetentes.

Outras causas incluem a obstrução e até a falha no fluxo venoso centrípeto causado pela insuficiência da bomba muscular da panturrilha. O refluxo pode ocorrer no sistema venoso superficial, sistema venoso profundo ou em ambos. A pressão nas veias da perna é determinada por vários fatores centrípetos e centrífugos dos quais um dos componentes mais importantes é o hidrostático, relacionado com o peso da coluna de sangue do átrio direito para o pé. O outro é hidrodinâmico, relacionado com pressões geradas por contrações dos músculos esqueléticos da perna (bombas impulso-aspirativas) e a pressão na rede capilar (MAFFEI, et al., 2015).

Ambos os componentes são profundamente influenciados pela ação das válvulas venosas. As válvulas competentes asseguram que o sangue venoso flua para o coração, impedindo o refluxo e esvaziando assim os sistemas venosos profundo e superficial, reduzindo com isso a pressão venosa. Na ausência de válvulas competentes a redução da pressão venosa com movimentos da perna fica comprometida. Se as válvulas nas veias perfurantes são incompetentes, as pressões elevadas geradas nas veias profundas por contração da panturrilha podem ser transmitidas para o sistema superficial e para a microcirculação (MAFFEI, et al., 2015).

Parece provável, portanto, que os sinais e sintomas clínicos de IVC ocorrem devido a pressões venosas na perna que atingem níveis mais altos do que o normal e permanecem elevados por períodos prolongados (BERGAN, et al., 2006).

Os fatores de risco e também agravantes para IVC dos MMII incluem hereditariedade, idade, sexo feminino, obesidade (especialmente em mulheres), gravidez, multiparidade, imobilidade de membro, vigência de hormonioterapia (medicação anticoncepcional, terapia de reposição hormonal) e a postura em pé ou sentado, por tempo prolongado, durante a atividade laboral.

Varizes e gestação têm sido estudadas em virtude de seus aspectos como, surgimento já no início do estado gravídico, intensidade com que elas se desenvolvem e a rapidez com que regridem parcialmente após o puerpério. Já naquelas pacientes que permanecem longas jornadas em pé, no trabalho, os sintomas são agravados, fazendo com que as manifestações clínicas da doença

tornem-se precocemente exacerbadas, aumentando os riscos de complicações (STUCKER, 2013; BAIN, et al., 2014; MAFFEI, et al., 2015).

Barros Jr constatou que as gestantes de família varicosa têm 2,48 vezes mais chances de virem a ter varizes (BARROS JR, et al., 2010). Este dado é importante, pois a maioria das mulheres na faixa laborativa também se encontram em fase reprodutiva, sendo comum o estado gravídico no ambiente de trabalho.

Em relação à paridade existe uma correlação entre a prevalência de varizes e o número de gestações (STANSBY, 2000). A gravidez tem um efeito significativo sobre a dilatação venosa em todos os membros inferiores, mas mais significativo em veias previamente varicosas. O normal são as veias voltarem ao diâmetro normal após o parto, no entanto algumas veias deterioram-se durante a gravidez, o que pode ser progressivo com gestações sucessivas (SPAREY, et al., 1999).

Além do ganho de peso e da compressão venosa verificadas já no início da gestação, ainda existe a ação hormonal da gestação. A modificação precoce dos níveis de estrógeno e progesterona geram alterações no tono venoso, que explicam a exacerbação precoce da sintomatologia varicosa como primeiro sinal de gravidez, precedendo inclusive a interrupção da menstruação (BAIN, et al., 2014; TIMI, et al., 1995).

A prevalência de varizes em mulheres com 0,1,2,3 e 4 ou mais gestações são 32%, 38%, 48% e 59% respectivamente (ROBERTSON, et al., 2008). Quanto ao fator individual idade, o risco de desenvolver doença venosa na gravidez é diretamente proporcional à idade da gestante (THOMAZ, et al., 2006).

A sintomatologia associada à estase venosa e suas complicações é bastante frequente (5 – 10%) em mulheres grávidas com doença venosa dos MMII. Elas se queixam de uma sensação de peso nos MMII, câibras, agitação, coceira, inchaço e dor durante a gestação, sendo, esta condição clínica mais expressiva no terceiro trimestre (GOULART et al, 2013). Estes sinais e sintomas aumentam com o tempo prolongado de trabalho (sentada ou em pé), sendo esta postura tida como agravante ao processo varicoso (MAFFEI, et al., 2015).

A Obesidade é outro fator de risco conhecido para o desenvolvimento de IVC de MMII. Há muito tempo defende-se a ideia de que também seja considerada como fator agravante, devido estase e hipertensão venosa contínuas em veia cava inferior

e veias ilíacas (SADICK, 1992). Atualmente observa-se que a obesidade está relacionada com as formas mais graves de IVC em mulheres jovens, agindo mais do que fator de risco, mas como verdadeira promotora da doença (JAWIEN, 2003).

A Terapia Hormonal destinada à anticoncepção ou à reposição pós-menopausa também atua como agravante da doença venosa. A ação do estrógeno e da progesterona sintéticos demonstra-se semelhante aos do processo gestacional, isto é, aumentam a complascência e conseqüentemente a dilatação venosa (THOMAZ, et al., 2006; ALLEGRA, et al., 2007).

No ambiente de trabalho implica-se o binômio postura viciosa/modo de trabalhar com o agravamento da doença. O ortostatismo profissional prolongado aumenta a pressão hidrostática nos MMII de forma contínua, agravando a dilatação venosa e a incompetência valvular. Este fato torna-se prevalente em 50% das profissões desenvolvidas em pé com mínima movimentação, e em 20% daquelas que permanecem metade do tempo em pé e metade do tempo sentado (JAWIEN, 2003).

Verificou-se há muito tempo que existe aumento das varicosidades em mulheres que trabalham em pé (73,8%), quando comparado às que trabalham sentadas (56,8%), o mesmo não ocorrendo no sexo masculino (LAKE, et al., 1942 – citado por BRITO, et al., 2014).

Nota-se, portanto, que nas doenças consideradas de etiologia múltipla ou de causa multifatorial, como no caso da insuficiência venosa crônica, o trabalho pode ser entendido como um fator contributivo no adoecimento. Desta forma destaca-se como seu agravante e não como sua causa, conforme prescrito na Classificação de Schilling – *Schilling II* (SILVA-JUNIOR, et al., 2012).

Quanto aos fatores individuais, o fator predisposição genético-familiar está presente em diversos estudos, porém, os resultados devem ser interpretados com cautela, visto que, as varizes são um problema comum e, portanto uma grande proporção de indivíduos do estudo relata uma história familiar positiva.

Em relação ao tratamento da doença venosa crônica, a operação corretiva ainda apresenta maior resolutividade. Hoje muitas alternativas estão sendo utilizadas (espuma densa, laser e radiofrequência), porém, com resultados variáveis a curto prazo (BEALE, et al., 2005; BRITO, et al., 2014).

Em nosso meio, dificuldade particular encontram os pacientes previdenciários, devido grande concorrência nas filas de espera para tratamento e também pelas graves dificuldades de logística encontradas em nossos hospitais públicos. Por esse motivo, as empresas que fornecem aos funcionários planos de saúde suplementar, conseguem maximizar os resultados do tratamento.

A operação convencional consta de safenectomia magna parcial (fleboextração do joelho à crossa) uni ou bilateral, retirada de colaterais e ligadura das veias comunicantes ou perforantes insuficientes (LUCCAS, et al., 1993; BLAETTLER, et al., 2012; CHASTANET e PITTALUGA, 2009 e 2014) . Pode-se associar safenectomia parva, se necessário. Corrige-se, portanto, os pontos de refluxo envolvidos na gênese da doença (RIVLIN, 1975; LUCCAS, et al., 1993; GLOVICZKI, et al., 2011).

No pós-operatório a ocorrência de hematomas é habitual; porém existem outras complicações descritas, tais como, trombose venosa, lesão neurológica com discreta parestesia e linfedema (LUCCAS, et al., 1993).

Complicações mais graves, tais como lesão arterial femoral e de nervos tronculares são raras e não toleráveis em mãos experientes (BRITO, et al., 2014).

O tempo de afastamento laboral pós-operatório destinado à resolução do processo inflamatório/cicatricial é variável. Frente às atuais condutas menos agressivas, ainda existem aquelas condutas já vencidas pelo tempo e pelo crivo científico, mas que ainda são ditadas por alguns profissionais.

Este tempo permanece, portanto, discutível.

A área conflagrada na operação resume-se ao tecido celular subcutâneo do membro inferior, fazendo com que o fenômeno/processo cicatricial ali se desenvolva e não invada os compartimentos musculares. Sendo processo restrito extra-compartimental, sua resolução requer pouco repouso, e, ao contrário, mobilização precoce (CAMPANELO, et al., 1996; GLOVICZKI, et al., 2012). Esta mesma mobilização precoce (funcionando como fisioterapia) também é útil na trombopprofilaxia venosa, de acordo com a recente publicação do *CHEST* (CLIVE KEARON, et al., 2016). Nesse contexto, a trombopprofilaxia farmacológica com anticoagulantes por tempo variável também pode ser utilizada, visto que a operação

é considerada de porte moderado (CLIVE KEARON, et al., 2016; BAIN, et al., 2014; CAPRINI, et al., 1991).

O edema local se deve à essa reação de reparação. Por isso, muitos autores questionam o real benefício das meias elásticas, pois o edema é autolimitado ao tempo de resolução inflamatória (GLOVICZKI, et al., 2012). Este tempo é variável, porém, dura o suficiente para a cicatrização das incisões e ablação dos pontos cirúrgicos (SABISTON, et al., 2014). A partir daí a maioria dos pacientes podem ser liberados para suas atividades habituais.

Esse lapso temporal, além de permitir condições físicas ao paciente para retorno ao trabalho, também é contemplado no art. 60 da Lei nº 8213/91, onde, a partir daí (quinze dias), a responsabilidade por custear o paciente em auxílio-doença passa do empregador à Seguridade Social. (BRASIL, Lei nº 8213/91, art. 60).

A exceção se faz na presença de úlceras flebopáticas, onde estas deverão ser tratadas com antibióticos selecionados por cultura, curativos específicos de acordo com a fase cicatricial das lesões, e até enxertos de pele em casos selecionados (THOMAS, et al., 2014; O'DONNELL JR, et al., 2014). Nessa situação o afastamento das atividades deve ser ampliado até a resolução completa do processo.

4. PACIENTES E MÉTODO

Este estudo foi conduzido no Departamento de Saúde Comunitária do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, analisado e aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, com Parecer CEP/SD n.1.163.128 e CAAE: 44645015.4.0000.0102, na data de 29/07/2015. Seguiu também a Resolução CNS 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

É um estudo prospectivo e observacional de pacientes oriundos de amostra aleatória de consultório, onde foi avaliado o tempo de afastamento laboral pós-operatório de 30 (trinta) pacientes (homens e mulheres) portadores de insuficiência venosa crônica primária dos membros inferiores, com funções profissionais variadas, tratados por técnica cirúrgica convencional, das classes 4, 5 e 6 da Classificação CEAP, seguindo-se critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão.

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- a) Pacientes de dezoito à cinquenta anos de idade, de ambos os sexos, portadores de insuficiência venosa crônica primária dos membros inferiores das classes 4, 5 e 6 da Classificação CEAP, aptos ao procedimento cirúrgico corretivo após avaliação clínica e complementar e que desenvolvam atividade laboral regularmente.
- b) Pacientes que autorizaram sua participação no estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- a) Pacientes das Classes 1, 2 e 3 da Classificação CEAP.
- b) Pacientes discordantes em assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido.

- c) Pacientes menores de dezoito anos ou maiores de cinquenta anos, ou aqueles que não exerçam atividade laboral regularmente.
- d) Pacientes submetidos a outros procedimentos com a mesma finalidade.
- e) Pacientes portadores de insuficiência venosa crônica secundária.
- f) Pacientes com indicação de reoperação.
- g) Gravidez

4.3 MÉTODO

Os trinta pacientes operados pertenciam às classes 4, 5 e 6 da Classificação CEAP, e, portanto, tinham indicação cirúrgica corretiva, visando ganho funcional.

Todos foram submetidos a anamnese e exame físico com quantificação do índice de massa corpórea (IMC) em consultório, realizaram exames de sangue (hemograma, creatinina e coagulograma) e avaliação clínica cardiológica pré-operatória. Os trajetos venosos dos membros inferiores foram previamente demarcados por ecodoppler. Nos pacientes portadores de úlcera flebopática foi colhido material para cultura e antibiograma, além de instituição de terapia antibiótica com amoxicilina e clavulanato por dez dias antes da operação.

A concordância com a indicação cirúrgica foi seguida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após explicação detalhada.

O procedimento cirúrgico pré-agendado foi realizado no Hospital Nossa Senhora das Graças, em Curitiba, e constou de ressecção parcial das veias safenas comprometidas, ressecção de veias varicosas colaterais e de veias comunicantes ou perfurantes insuficientes, conforme estabelecido na literatura, sob anestesia peridural ou raquidiana, de acordo com a escolha do anestesiológico.

As incisões foram realizadas na prega inguinal e sobre os trajetos à serem retirados, guiados por marcação prévia com tinta indelével. Utilizou-se de rotina faixa de Esmarch para hemostasia, durante o tempo principal da operação (aproximadamente 45 minutos). Não foi realizado enxerto de pele nos pacientes com úlcera. Após rigorosa hemostasia por compressão, as incisões foram suturadas com mononylon 5-0. Curativo oclusivo com enfaixamento terminou a operação.

No pós-operatório imediato o paciente permaneceu em repouso relativo,

com membros inferiores elevados à trinta graus. Foram prescritos analgésicos e anticoagulantes em dose profilática por quinze dias.

A alta hospitalar foi no dia subsequente à operação, após avaliação clínica, com a mesma prescrição (por quinze dias) e retorno agendado em consultório para o sétimo dia de pós-operatório, momento onde foram retirados o curativo e os pontos cirúrgicos. Os pacientes foram depois reavaliados no décimo-quarto e trigésimo dias de pós-operatório, onde obtiveram orientações pertinentes.

No momento da alta hospitalar foi fornecido atestado médico de 15 (quinze) dias a partir da data da operação. Solicitou-se então ao paciente comparecer posteriormente ao médico do trabalho da empresa ou ao perito do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), para apresentação desse atestado, reavaliação clínica e possível retificação do tempo de afastamento de acordo com suas funções.

Dessa forma foi avaliada a postura do médico do trabalho/perito em relação ao tempo de afastamento total destinado ao tratamento da doença de cada paciente, observando-se quantos dias cada um recebeu para retornar com segurança ao trabalho, de acordo com seu perfil profissiográfico.

Reavaliação clínica em consultório ocorreu no sétimo, décimo quarto e finalmente no trigésimo dia de pós-operatório, onde foram dadas instruções gerais sobre atividade física, controle ponderal, uso de hormônios, exposição ao sol e gestação futura. Todos os dados da evolução clínica e do tempo de afastamento fornecido pelo perito foram anotados no prontuário médico, no último retorno.

5. RESULTADOS

O grupo de pacientes tratados possuía suporte de saúde suplementar custeado pela empresa e era composto por 30 pacientes, com idades entre 20 e 50 anos (média de 38,2 anos), sendo dezoito mulheres (60%) e doze homens (40%). A faixa etária que mais forneceu pacientes foi entre 35 e 45 anos de idade – dezenove pacientes (63%).

Dentre os pacientes, 22 (73,3%) eram da Classe C4, quatro (13,3%) eram da Classe C5 e os outros quatro (13,3%) eram da Classe C6 da Classificação CEAP.

Entre as mulheres, seis eram portadoras de hipertensão arterial sistêmica leve (33,3%) e nove (50%) faziam uso de contraceptivos hormonais. Sobrepeso com índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 foi observado em quatro pacientes (22,2%). Já entre os homens, três eram portadores de hipertensão arterial sistêmica (25%), e o índice de massa corpórea estava acima de 30 em dois pacientes (16,6%).

Na ato operatório a safenectomia parcial em coxa bilateral foi realizada em vinte e seis pacientes (86%) e unilateral em quatro pacientes (14%) – sendo todas estas em membro inferior esquerdo. O número médio de veias perforantes insuficientes que foram tratadas foi de duas para cada paciente, bilateralmente.

Sufusão hemorrágica nas áreas operadas foi observado em todos os pacientes, sem necessidade de reintervenção cirúrgica.

No sétimo dia de pós-operatório, quando da ablação dos pontos cirúrgicos, todos deambulavam normalmente, apenas com edema bilateral discreto. Por conseguinte, foram liberados para suas atividades habituais, à exceção de exposição ao sol e exercícios físicos. Não foi utilizada elastocompressão e não foram observados sinais clínicos de infecção nas incisões ou de trombose venosa.

No décimo quarto dia, havia discreto edema e sufusão hemorrágica, e três pacientes demonstraram pequena área de parestesia em face medial da perna. Não havia sinais clínicos de linfedema por prensão cutânea bidigital em segundo pododáctilo (Sinal de Stemmer negativo). As úlceras (quatro) estavam praticamente cicatrizadas, e todos declararam-se satisfeitos com o resultado da operação.

No trigésimo dia de pós-operatório não havia mais edema/dor nas áreas operadas, as cicatrizes cirúrgicas estavam secas e as úlceras estavam cicatrizadas. Foi dado alta definitiva aos pacientes com orientações pertinentes e nenhum foi excluído do estudo.

Quanto ao tempo total de afastamento pós-operatório, os peritos (médicos do trabalho das empresas) mantiveram 15 (quinze) dias de afastamento para dezenove pacientes (63,3%), concordando com nossa orientação.

Por falta de médicos do trabalho nas outras empresas, onze pacientes restantes (46,7%) foram encaminhados à perícia médica do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. Lá, oito pacientes receberam mais 30 dias de afastamento (totalizando quarenta e cinco dias - 26%), e três pacientes receberam mais 45 dias (totalizando sessenta dias de afastamento - 10%).

Em nenhum dos casos o perito expôs aos pacientes razões técnicas para a ampliação desse tempo, argumentando apenas maior segurança. Os pacientes também não questionaram.

6. DISCUSSÃO

Insuficiência venosa crônica é doença comum em seres humanos (cerca de 10% da população geral), acometendo adultos na fase de maior produtividade da vida, como observado neste trabalho. Acomete principalmente mulheres em fase reprodutiva, acarretando custos expressivos para seu tratamento, pois a maioria atinge níveis superiores de gravidade (C4, C5 e C6 – Classificação CEAP), até conseguirem tratamento efetivo (BRITO, et al., 2014).

Nosso sistema público de saúde tem dificuldades imensas para contemplar a demanda por tratamento nessa área, devido não só ao alto custo, mas também à gravidade dos casos encontrados. Por oportuno, surgem as empresas que patrocinam aos seus empregados a Saúde Suplementar, fonte crucial de apoio àqueles que buscam assistência médica. É o caso dos pacientes dessa série, onde o plano de saúde empresarial contribuiu para a realização de exames e de tratamento especializado em hospital privado, em tempo hábil.

Neste estudo também se observou um número significativo de pacientes femininas com agravantes como sobrepeso (22%) e terapia hormonal (50%), confirmando os dados da literatura citados por Maffei e colaboradores (MAFFEI, et al., 2015). Estes fatores, somados ao sedentarismo, constituem agravantes à doença, por aumentarem a pressão de refluxo nos membros inferiores, piorando a dilatação venosa. Para as candidatas à gestante, reforça-se a postura do médico do trabalho da empresa, que pode fornecer orientações pertinentes sobre peso, dieta, atividade física e demais agravantes.

Da mesma forma o trabalho por tempo prolongado sentado ou em bipedestação vem piorar o quadro, fazendo com que o Ministério da Saúde adote, na Classificação de Richard Shilling, o *Nível II* para a doença, *definindo que o trabalho não é sua causa, mas seu agravante* (SILVA-JUNIOR, et al., 2012).

A correção cirúrgica convencional ainda é o padrão ouro para seu tratamento (BRITO, et al., 2014), mas novas modalidades cirúrgicas vêm sendo utilizadas, todas visando abreviar o tempo de afastamento das atividades habituais dos pacientes, incluindo o trabalho. O uso de *Laser*, espuma densa e Radiofrequência traz bons resultados a curto prazo, mas desconhecidos no futuro

distante (MOWATT-LARSSEN e SHORTELL, 2012). Pelo alto custo e indisponibilidade aos planos de saúde, estas modalidades terapêuticas não foram utilizadas nessa série.

O diagnóstico, o estadiamento e a indicação terapêutica (bem com a sua modalidade) é essencialmente clínico. O exame físico do paciente em pé e em decúbito dorsal é mandatório diante das queixas de varizes, dor, edema e presença de úlcera. Esta avaliação clínica necessita complementação com ecodoppler venoso, não só para confirmar o diagnóstico, como também para descartar tromboflebite associada e planejar o ato operatório. (LABROPOULUS, et al., 2001 e 2004; ENGELHORN, et al., 2012).

Nesse tratamento cirúrgico busca-se corrigir os pontos de refluxo das veias safenas, veias perforantes e colaterais, demarcadas previamente com tinta indelével (RIVLIN, 1975). O refluxo nas veia safena magna deve ser corrigido quando sintomático, quando ultrapassar distalmente a linha articular do joelho, ou quando acometer a veia em toda a sua extensão (Tipos II, V e VI de Engelhorn e colaboradores) (MAESENEER, et al., 2011; MENDOZA, et al., 2012; ENGELHORN, et al., 2004 e 2012). As veias perforantes devem ser ligadas sob visão direta, e as colaterais retiradas com pinças apropriadas. A safenectomia total ou parcial ainda é discutida, porém ganha terreno a safenectomia parcial desde a junção safeno-femoral até a altura da tuberosidade da tíbia (RIVLIN, 1975; LUCCAS, et al., 1993).

Não realizamos a retirada da veia safena magna na perna, mesmo quando apresenta refluxo nesta topografia. Isso porque neste local a veia está aderida ao nervo safeno e vasos linfáticos, podendo causar parestesias e linfedema residual no dorso do pé (RIVLIN, 1975; LUCCAS, et al., 1993; PITTALUGA et al., 2009; PAPAKOSTAS et al., 2014; BRITO, et al., 2014). Permanecendo ali com baixa pressão, seu refluxo não é significativo, e poderá ser utilizada no futuro para outros propósitos (WINTERBORNE, et al., 2008; KELLEHER et al., 2012).

Utilizamos garrote hemostático no trans-operatório (faixa de Esmarch), para exanguinar o membro durante o tempo principal da operação. Este detalhe técnico não só permitiu a melhor visibilização das demais estruturas anatômicas pela ausência de sangramento ativo, como também das veias varicosas a serem extirpadas. Também diminuiu de modo significativo os hematomas residuais e, por

consequente, a reação inflamatória restauradora. Dessa forma, a elastocompressão pós-operatória de rotina pôde ser dispensada, conforme orientado pelo Clube Internacional de Compressão, reunido em Bruxelas em 2011 (MIEKE FLOUR, et al., 2012).

Optamos por essa técnica operatória devido sua praticidade de execução, e alta resolutividade. Possui resposta inflamatória diminuída por não apresentar sufusão hemorrágica extensa, menor sensação dolorosa e baixos índices de complicações pós-operatórias, permitindo deambulação e retorno precoce às atividades habituais, incluindo o trabalho.

Sendo o lapso temporal entre a operação e o retorno ao trabalho discutível, apoiamos nossa conduta no conhecimento da reação inflamatória de resolução. Segundo Sabiston, na maioria dos procedimentos cirúrgicos esta reação é máxima entre sete e dez dias, diminuindo posteriormente (SABISTON, et al., 2014). Na prática, este prazo segue até a retirada dos pontos cirúrgicos.

Nesta série, mesmo com um grupo que desempenha funções diferentes no trabalho, fornecemos quinze dias de afastamento laboral pós-operatório, com base naquele conhecimento (inflamação para restauração tecidual) e também na diminuição dos riscos tromboembólicos preconizados no *CHEST-2016* (CLIVE KEARON, 2016). A avaliação do mesmo problema num grupo com funções profissionais homogêneas é interessante, porém de difícil realização, podendo ser objeto de outro estudo.

Ao mesmo tempo acompanhamos o que está positivado na Lei 8.213/91, art. 60; que discorre sobre o pagamento do afastamento laboral do empregado pela empresa e/ou Seguridade Social, em caso de doença ou acidente.

Com quinze dias de atestado pós-operatório exclui-se a necessidade de participação da entidade governamental, poupando-se custos, burocracia e prorrogações. Evita-se também o treinamento de outro funcionário, a relocação para as funções do afastado, ou até mesmo a contratação de outro profissional da área. Tudo isso gera economia de custos.

Fato surpreendente nesse estudo foi o resultado da avaliação pós-operatória por parte de alguns peritos. Dos trinta pacientes operados, onze pacientes (46,7%) foram orientados a procurar a perícia médica do Instituto Nacional de Seguridade

Social (INSS), devido não haver médicos do trabalho no quadro funcional da empresa. Nesses casos houve modificação no tempo de afastamento pós-operatório para além dos quinze dias fornecidos. Os pacientes relataram que os peritos disseram apenas que “é para maior segurança”.

É fato conhecido e já pacificado pelo Parecer n. 2110/2009 do Conselho Regional de Medicina do Paraná e pelo Parecer 10/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM/2012), que o perito pode modificar o atestado previamente fornecido pelo médico assistente, desde que em seu benefício (do paciente), e assumindo os resultados da sua intervenção. Obviamente esta conduta deve ser pautada em rigorosa análise técnica e científica, e com contato posterior com o médico assistente.

Acreditamos que este fato, de caráter significativo nesse estudo, seja causado pelo retardo na marcação da perícia por congestionamento, ou por problemas de agendamento local e até greves no Sistema. É possível (porém, remoto), que também haja “falta de informação técnica atualizada na especialidade”, pois, às vezes, a celeridade de mudanças nos protocolos de assistência podem não estar sendo acompanhados a contento pelos serviços de perícia médica. A partir disso, pensamos que uma revisão geral nos protocolos de perícia e um número maior de profissionais na área, possa trazer maior celeridade ao processo.

Também o conhecimento mutante das várias áreas da medicina deve ser partilhado e discutido com especialistas em Medicina do Trabalho e demais Peritos Médicos. Dessa forma, torna-se possível ampliar o número de publicações científicas e difundir conhecimentos interdisciplinares coordenados pelas entidades de classe e órgãos governamentais – Associação Paranaense de Medicina do Trabalho, Associação Médica do Paraná, Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, e até mesmo o Ministério da Saúde.

7. CONCLUSÕES

Neste estudo, o tempo de afastamento laboral pós-operatório de quinze dias após correção cirúrgica convencional da insuficiência venosa crônica dos membros inferiores mostrou-se seguro, deixando os pacientes aptos às atividades habituais, incluindo o trabalho, mesmo sendo o grupo de trinta pacientes portadores de funções profissionais diversas.

Em 46,7% dos pacientes os peritos modificaram esse tempo, talvez pela demora no agendamento da perícia (por congestionamento do Sistema) ou pelo número reduzido de especialistas na área. Parece que estes são fatores responsáveis pelo afastamento prolongado dos pacientes, os quais permanecem reféns dessa avaliação, para posteriormente receberem seus salários.

Além de aumentar o número de profissionais destinados à atividade pericial, deve-se buscar capacitação técnica e reciclagem programada orientada pelas entidades de classe e/ou autoridades competentes. Tais atitudes devem ser mantidas frente às mudanças tecnológicas das especialidades médicas e da legislação.

REFERÊNCIAS

ALLEGRA, C.; ANTIGNANI, P.L.; CALIZZA, A. **Recurrent varicose veins following surgical treatment: our experience with five years follow-up.** Eur J Vasc Endovasc Surg, v. 33, p. 751-56. 2007.

BAIN, E.; et al. **Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy.** The Cochrane Library, 2014.

BARROS JR, N.; et al. **Gestação e varizes de membros inferiores: prevalência e fatores de risco.** Jornal Vascular Brasileiro, 2010.

BEALE, R.J.; GOUGH, M.J. **Treatment options for primary varicose veins – A review.** Eur J Vasc Endovasc Surg, , v.30, p.83-95. 2005.

BERGAN, J. J.; et al. **Chronic Venous Disease.** The new england journal of Medicine, 2006.

BLAETTLER, W.; AMSLER, F.; MENDOZA, E. **The relative impact on leg symptoms of fears of getting varicose veins and of great saphenous vein reflux.** Phlebology, v. 1, p.6, 2012.

BRASIL, Lei nº 8213/91. **Diário Oficial da União.** Publicada em 25 de julho de 1991.

BRITO, C. J.; et al. Cirurgia Vascular, **Cirurgia Endovascular e Angiologia** 3.Edição, v.2, Revinter, 2014.

CAMPANELLO, M.; et al. **Standard stripping versus long safenous vein-saving-surgery for primary varicose veins a prospective, randomized study with the patients as their own controls.** Plebology. v.11, p. 45-49, 1996.

CAPRINI, J.; et al. **Venous thromboembolism prophylaxis and risk assessment in medical patients.** Seminars in thrombosis and hemostasis, v. 17, suppl 3, 1991.

CHASTANET, S.; PITTALUGA, P. **Influence of the Competence of the saphenofemoral junction on the mode of treatment of varicose veins by surgery.** Phlebology. v.29, p. 61-65. 2014.

CLIVE-KEARON, MD., PhD; et al. **Antithrombotic Therapy for VTE Disease CHEST Guideline and Expert Panel Report.** CHEST, n.149, v.2, p.315-352, 2016.

CFM – Conselho Federal de Medicina – Informativo /2012.

EKLOF, B.; et al. **Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement.** Journal Of Vascular Surgery, 2004.

ENGELHORN, C. A.; et al. **Progression of reflux patterns in saphenous veins of women with chronic venous valvular insufficiency.** Phlebology. v. 27, p. 25-32. 2012.

ENGELHORN, C. A.; et al. **Functional anatomic classification of saphenous vein insufficiency in the planning for varicose vein surgery based on color Doppler ultrasound.** J Vasc Br; v.3(1), p. 13-19. 2004.

FRANÇA, L. H. G.; TAVARES, V. **Insuficiência venosa Crônica. Uma atualização.** Jornal Vascular Brasileiro. vol. 2, nº 4. 2003.

GLOVICZKI, P.; et al. . **The care of patients with varicose veins and associated chronic venous disease: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum.** J Vasc Surg; v.53, p. 2S-48S, 2011.

GOULART, V. B.; et al. **Anatomical and physiological changes in the venous system of lower limbs in pregnant women and findings associated with the symptomatology.** Arch Gynecol Obstet, 2013.

JAWIEN, A. **The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency.** Angiology, 54:519-31, 2003.

KELLEHER, D.; et al. **Treatment options, clinical outcome (quality of life) and cost benefit (quality-adjusted life year) in varicose vein treatment.** Phlebology.; v. 27, suppl 1, p. 16-22. 2012.

LABROPOULOS, N.; et al. **Saphenofemoral junction reflux in patients with a normal saphenous trunk.** Eur J vasc Endovasc. v. 28, p. 595-599. 2004.

LABROPOULOS, N.; et al. **Nonsaphenous superficial vein reflux.** J Vasc Surg. v. 34, p. 872-7. 2001.

LUCCAS, G. C.; et al. **Fleboextração proximal parcial da veia safena interna no tratamento das varizes primárias dos membros inferiores.** Cir Vasc Angiol. v.9, p. 6-10, 1993.

MAESENEER, M.; et al. **Duplex ultrasound investigation of the veins of the lower limbs after treatment for varicose veins – UIP Consensus Document.** Eur J Vasc Endovasc Surg.; v. 42, p. 89-102. 2011.

MAFFEI, F. H. A.; et al.. **Doenças Vasculares Periféricas.** 5 ed, Editora Guanabara, v.2, 2015.

MENDOZA, E.; BLÄTTLER, W.; AMSLER, F. **Great saphenous vein diameter at the saphenofemoral junction and proximal thigh as parameters of venous disease class.** European Society for Vascular Surgery. Published by Elsevier Ltd., 2012.

MIEKE FLOUR. et al. **Dogmas and controversies in compression therapy: Report of an International Compression Club (ICC)**. Meeting, Brussels, May 2011. The Authors International Wound Journal, 2012.

MOWATT-LARSEN, E.; SHORTELL, C.K. **Treatment of primary varicose veins has changed with the introduction of new techniques**. Semin Vasc Surg. v. 25. p. 18-24. 2012.

PAPAKOSTAS, J.C.; et al. **The impact of direction of great saphenous vein total stripping on saphenous nerve injury**. Phlebology; v. 29, p.52-57, 2014.

PITTALUGA, P.; et al **Saphenous vein preservation: Is it the new gold standard? In: Controversies and updates**. J. Vasc Surg; v. 66, p. 391-99, 2009..

RABE, E.; PANNIER, F. **Clinical, aetiological, anatomical and pathological classification (CEAP): gold standard and limits**. Phlebology, 2012.

RIVLIN, S. **The surgical cure of primary varicose veins**. Br. J. Surg., v 62, p. 913-917, 1975.

ROBERTSON, L.; EVANS, C.; FOWKES, F. G. R. **Epidemiology of chronic venous disease**. Phlebology, 2008.

SADICK, N.S. **Predisposing factors of varicose and teleangiectactic leg veins**. J Dermatol Surg Oncol, v.18, p.6, 1992.

SABISTON , et al..**Tratado de Cirurgia**. 19 ed., Editora Elsevier.,v.2, 2014.

SILVA-JUNIOR, J. S.; ALMEIDA, F. S. S.; MORRONE, L C.; **Discussão dos impactos do nexa técnico epidemiológico previdenciário**. Rev Bras Med Trab., v.10(2), p.72-9, 2012.

SPAREY, C.; et al. **The effect of pregnancy on the lower-limb venous system of women with varicose veins**. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 1999.

STANSBY, G. **Women, pregnancy, and varicose veins**. The Lancet, vol. 355, p. 1117-1118, 2000.

STÜCKER, M.; et al. **New concept: different types of isufficiency of the saphenofemoral junction identified by duplex as a chance for a more differentiated therapy of the great saphenous vein**. Phlebology. v. 28, p. 268-74. 2013.

THOMAZ, J. B.; BELCZAK, C. E. Q. **Flebologia e Linfologia**. Editora Rubio, p. 397-410, 2006.

THOMAS, F.; et al. **Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery_ and the American Venous Forum.** Endorsed by the American College of Phlebology and the Union Internationale de Phlébologie. SVS/AVF Joint Clinical Practice Guidelines Committed Venous Leg Ulcer, 2014.

TIMI, J. R.R.; et al. **Incidência de varizes na gestação.** Cir Vasc e Angiol, p. 11-22, 1995.

WINTERBORNE, R. J.; CORBETT, C.R.R. **Treatment of varicose veins: the present and the future – a questionnaire survey.** Ann R Coll Surg Engl. v. 90, p. 561-64. 2008.